

Endodontische Behandlungen

Die Anästhesie von einzelnen Zähnen vor endodontischen Behandlungen gehört heute zu den Selbstverständlichkeiten der zahnärztlichen Praxis. Allerdings sind gerade bei dieser Indikation häufig Nachinjektionen notwendig, um ein schmerzfreies Arbeiten zu sichern.

Häufige
Nachinjektionen

Während bei Präparationen von Zahnhartsubstanzen und operativen Eingriffen kaum Unterschiede des Anästhesieerfolges bei den verschiedenen Methoden festgestellt werden können, befriedigen die Ergebnisse der konventionellen Anästhesiemethoden Infiltrations- und Leitungsanästhesie bei endodontischen Behandlungen am wenigsten (Fleiner und Terheyden 1991).

Unterschiede
im Anästhesie-
erfolg

Oft wird bei indizierten endodontischen Behandlungen durch entzündliche Prozesse im Bereich des Apex das Anfluten des Anästhetikums in ausreichender Menge erschwert und eine ausreichende Anästhesietiefe verhindert (Khedari 1982).

Entzündliche
Prozesse

Bei akuten apikalen Infektionen wird die intraligamentäre Anästhesie zum Erzielen einer ausreichenden Schmerzfreiheit empfohlen, da das intraligamental injizierte Anästhetikum einen anderen Zugangsweg zu den pulpalen Nervenfasern über Seitenkanäle oder Ramifikationen des Wurzelkanals hat, die gegebenenfalls nicht unmittelbar von der Entzündung betroffen sind und einen direkten Weg zu den pulpalen Nervenfasern ermöglichen.

Akute apikale
Infektionen

Auch bei akuten apikalen Infektionen kann so oft eine noch ausreichende Anästhesie erreicht werden. Die Angst des Patienten vor der Behandlung wird dadurch erheblich verringert.

Schon 1985 kommen Husson et al. zu der Feststellung, dass die ILA – trotz 5 % Anästhesieversagern – als eine normale Technik zur Schmerzausschaltung bei endodontischen Behandlungen anzusehen ist (Husson et al. 1985).

Signifikante
Überlegenheit
der ILA

In der klinischen Vergleichsstudie zur Thematik der Schmerzausschaltung vor endodontischen Behandlungen kommt Weber (2005) zu dem Ergebnis, dass die intraligamentäre Anästhesie den konventionellen Lokalanästhesie-Methoden Infiltrations- und Leitungsanästhesie signifikant überlegen ist (Tab. 4) (Weber 2005, Weber et al. 2006, Weber und Taubenheim 2016).

Schmerzausschaltung		Leitungsanästhesie		Infiltrationsanästhesie		Intraligamentäre Anästhesie	
Behandlungen							
Caries-profunda-Behandl.		45		45		45	
Vitalexstirpationen		85		85		85	
Differenzialdiagnosen						7	
Anästhesie umfassend							
Cp	ja	34	75,6 %	37	82,2 %	43	95,6 %
	nein	11	24,4 %	8	17,8 %	2	4,4 %
VitE	ja	33	38,8 %	42	49,4 %	69	81,2 %
	nein	52	61,2 %	43	50,6 %	16	18,8 %
Differenzialdiagnose	ja					7	100 %
	nein						
Restschmerz akzeptiert		14	10,8 %	14	10,8 %	0	0 %
Nachinjektion erforderlich		49	37,7 %	35	26,9 %	18	13,1 %
Methode	ILA	38		28		17	
	Leitung	8		0		0	
	Infiltration	1		5		2	
	Interpulpär	5		5		4	
Totale Anästhesieversager		3		3		3	
Durchschn. applizierte Anästhetikummenge		1,9 ml		1,57 ml		0,47 ml	
M. Weber, L. Taubenheim (2016); C. Benz, M. Prothmann, L. Taubenheim (2016)							

Tab. 4 Durch intraligamentale Injektionen wird initial ein signifikant höherer Anästhesieerfolg erreicht. Notwendige Komplettierungen der Leitungs- und Infiltrationsanästhesie erfolgten primär durch intraligamentale Injektionen.